Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel

His Excellency the Right Honourable Edward Schreyer, Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCY:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1981.

Respectfully submitted,

Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare.

Son Excellence le très honorable Edward Schreyer, Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1981.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social,
Monique Bégin

© Minister of Supply and Services Canada 1983

Cat. No. H75-9/1981

ISBN 0-662-52675-9

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1983

N° de cat. H75-9/1981

ISBN 0-662-52675-9

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1981.

This is the thirteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals have been included as benefits from July 1, 1968.

2. **Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.

3. **Universal availability** of coverage to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière se terminant le 31 mars 1981.

Le présent rapport établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le treizième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1er juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.

2. **L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.

3. **L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.

5. **Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113% of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financial Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise insurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act

Government Employees Compensation Act
Merchant Seamen Compensation Act
National Defence Act
Pension Act
Royal Canadian Mounted Police Act
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
Veterans Rehabilitation Act

4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.

5. **L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1 avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des dispositions financières".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils
Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
Loi sur l'indemnisation des marins marchands
Loi sur la défense nationale
Loi sur les pensions
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the 24.1 million residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1980-81.

This is the ninth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least ten years and in most instances for eleven or twelve years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, following several years of negotiations, the provinces and Canada agreed to new financial arrangements for medical care and hospital insurance, among other fiscal matters. This led to the enactment of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, (FPFA/EPF Act) assented to on March 31, 1977, which contains the formulae for calculating the yearly federal contributions to the provinces.

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer directly related to provincial costs[1] but take the form of a block fund that includes:

1 In respect of post-secondary education, Newfoundland, Prince Edward Island, and Nova Scotia were paid on the basis of $15 per capita (1967 population) escalated by the rate of growth of eligible operating expenditures in Canada as a whole. In 1972 a 15% year-over-year ceiling was added.

Dans la plupart des provinces, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont couverts obligatoirement; l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1980-1981, des 24,1 millions de résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la neuvième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins dix ans et, dans la plupart des cas, depuis onze ou douze ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1er avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1er décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1er avril 1969
Nouveau-Brunswick	1er janvier 1971
Québec	1er novembre 1970
Ontario	1er octobre 1969
Manitoba	1er avril 1969
Saskatchewan	1er juillet 1968
Alberta	1er juillet 1969
Colombie-Britannique	1er juillet 1968
Yukon	1er avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1er avril 1971

Description des accords de financement

À la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le gouvernement du Canada ont convenu de conclure de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins médicaux et l'assurance-hospitalisation, entre autres questions. Ces ententes ont abouti à l'adoption de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernment fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, qui définit les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces.

Depuis le 1er avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces, relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus fonction immédiate des frais provinciaux[1], mais prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend:

1 En ce qui concerne les études postsecondaires, les provinces de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse ont été rémunérées sur une base de 15 $ par habitant (population de 1967) et ce montant est indexé en fonction du taux d'accroissement des dépenses d'exploitation admissibles au Canada en général. En 1972, un plafond de 15 p. 100 a été ajouté par rapport à l'année précédente.

a) The transfer to the provinces of tax points[2] and associated equalization, and

b) cash payments.

The total federal contributions for these programs are now, in general terms, based on the current escalated value of the 1975-76 federal contributions for the three programs.

The tax point transfer is achieved by way of a reduction in federal taxes which enables the provinces to make corresponding increases in provincial taxes without necessarily increasing the total tax burden on Canadians.

The formula for the cash payments is complex and five factors, which affect all provinces[3], are involved:

a) 50 per cent of the national average per capita federal contributions to the provinces for the established programs in the base year 1975-76, plus the cash equivalent of one personal income tax point on a per capita basis ($7.63);[4]

b) provincial population;

c) an escalator consisting of a three-year moving average of the annual rate of the nominal growth of Gross National Product on a per capita basis;

d) transitional payments to provinces where the tax transfer and associated equalization are less than the value of the basic cash contribution;

e) levelling adjustments designed to ensure phased elimination of differences in per capita entitlement under the pre-EPF arrangements; by 1980-81 levelling was complete.

The Minister of Finance allocates the federal cash contribution to each province among the three established programs on the basis of the proportion for the fiscal year 1975-76. The allocation is:

50.5% - Hospital Insurance Program
17.4% - Medical Care Program
32.1% - Post-Secondary Education Financing Program

---

2 One personal income tax point is equal to one per cent of Federal Basic Tax and one Corporate Income Tax point is equal to one per cent of Corporate Taxable Income.

3 Québec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care, and Post-Secondary Education. This results in a lower per capita cash payment when compared to other provinces.

4 The cash equivalent of one personal income tax point as well as one corporate income tax point in the tax room transferred to the provinces, do not arise from health programs. They are part of an adjustment made to the provinces to settle the question of compensation for termination of the 1972 Tax Reform Guarantee Program and other issues which were outstanding at the time.

a) le transfert aux provinces de points fiscaux[2] et de la péréquation qui s'y rattache, et

b) des versements en espèces.

À l'heure actuelle, la contribution fédérale globale à ces programmes est essentiellement fondée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 aux trois programmes.

Le transfert de points fiscaux se fait grâce à une réduction des impôts fédéraux qui permet aux provinces de hausser leurs taux d'impôt sans nécessairement augmenter le fardeau fiscal dans son ensemble.

La formule des versements en espèces est complexe et comporte cinq facteurs qui concernent toutes les provinces[3]:

a) 50 p. 100 de la moyenne nationale de la contribution fédérale par habitant accordée aux provinces, pour les programmes établis au cours de l'année de base 1975-1976, plus l'équivalent en espèces, pour chaque habitant, d'un point fiscal sur le revenu personnel (7,63 $);[4]

b) la population provinciale;

c) un facteur de progression, c'est-à-dire une moyenne mobile, calculée sur une période de trois ans, du taux nominal d'accroissement du Produit national brut, par habitant;

d) des paiements de transition aux provinces lorsque les versements de transfert d'impôt et de péréquation sont inférieurs à la valeur de la contribution de base en espèces;

e) des redressements visant à éliminer progressivement les différences dans les contributions versées par habitant en vertu d'accords antérieurs à la Loi sur le financement des programmes établis; les redressements ont été achevés en 1980-1981.

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis, en fonction du prorata pour l'année financière 1975-1976. La répartition est la suivante:

50,5 % - Programme d'assurance-hospitalisation
17,4 % - Programme d'assurance de soins médicaux
32,1 % - Programme de financement des études postsecondaires

---

2 Un point d'impôt sur le revenu des particuliers est égal à 1 p. 100 de l'impôt fédéral de base et un point d'impôt sur le revenu des corporations est égal à 1 p. 100 du revenu imposable des corporations.

3 La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. C'est la raison pour laquelle le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces.

4 L'équivalent en espèces d'un point d'impôt sur le revenu des particuliers, ainsi qu'un point fiscal sur le revenu de corporation du champ d'imposition cédé aux provinces n'ont pas été accordés à cause des programmes de santé. En effet, ces gains des provinces font partie de ce que le gouvernement fédéral leur a accordé pour compenser l'abolition du Programme de garantie - réforme fiscale 1972 et pour régler d'autres questions à l'époque.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the provincial plans continue to meet the program criteria. Contributions are conditional upon the corresponding provincial hospital and medical care insurance plans continuing to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which pertained under direct cost sharing.

Also, under the FPFA/EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at $26.86 per capita or $646 million overall for 1980-81, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment of the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

Program Changes and Developments

The rendering of charges by medical practitioners that are in excess of provincial plan benefit levels (extra-billing) continued to be a prominant public issue. Not all provinces collected data on such additional charges. However, on a nation-wide basis, estimates prepared after the close of the fiscal year indicate that during calendar year 1980, 12 per cent of medical practitioners in fee-for-service practice were involved in extra-billing. Nationally, extra-billing amounted to an estimated $55 million in 1980.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères du Programme. Ces contributions sont conditionnelles, en ce sens que les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux doivent continuer de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1er avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 26,86 $ par habitant, ce qui représente un montant global de 646 millions de dollars pour l'année 1980-1981, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soin.

Changements aux programmes et nouveaux faits

La question des frais facturés par les médecins en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux (facturation supplémentaire) a continué d'être une préoccupation majeure par le gouvernement. Les provinces n'ont pas toutes recueilli des données sur ces facturations supplémentaires. Cependant, les estimations effectuées après la clôture de l'exercice financier, indiquent que durant l'année civile 1980, 12 p. 100 des médecins rémunérés à l'acte ont exigé des honoraires supplémentaires. À l'échelle nationale, le montant des honoraires supplémentaires a été évalué à environ 55 millions de dollars en 1980.

The Act does not prohibit extra-billing, which has existed in most provinces from the time of their participation in the Medical Care Program. Rather, the Act requires that a plan of a province be operated "on a basis that provides for reasonable compensation for insured services rendered by medical practitioners and that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to insured services by insured persons."

The Report of Mr. Justice Emmett M. Hall

On September 3, 1980 the Report of the Special Commissioner, Mr. Justice Emmett M. Hall, respecting "Health Services Review '79" (discussed in the 1979-80 Medical Care Annual Report) was released. In the course of the Review, public meetings were held in every province and the Northwest Territories. The Commissioner had received some 450 submissions. In his report, entitled Canada's National - Provincial Health Program for the 1980's, the Commissioner observed that "I found no one, not any Government or individual, not the Medical Profession nor any organization, not in favor of Medicare."[5]

The report dealt at some length with matters related to the Medical Care Program. The Commissioner described the "Dominant Issues" as "the growing practice by physicians to extra-bill; the controversies that flow from the conflicts between the Medical Profession and the Provinces over the scale of fees payable to physicians."[6] The report stressed the following arguments, among others:

"The real point is the right of physicians to be adequately compensated for their services: no more, no less.

I reject totally the idea that physicians must accept what any given Province may decide unilaterally to pay. I reject too, as I did in the report of the Royal Commission, the concept of extra-billing."[7] This led to the following recommendations:

"My conclusion and recommendation is that when negotiations fail and an impasse occurs, the issues in dispute must be sent to binding arbitration, to an arbitration board consisting of three persons, with an independent chairperson to be named by the chief justice of the relevant Province and one nominee from the profession and one from the Government."[8] The report goes on to recommend that provinces "outlaw extra-billing" and "agree to accept binding arbitration as now proposed". The report also observes that the Federal Government "does have a responsibility to set objectives which will reaffirm the national character of Canada's medical care program. The Medical Care Act should be revised to provide:

5 The Honourable Emmett M. Hall, Canada's National - Provincial Health Program for the 1980's. (Saskatoon, Saskatchewan, 1980) p. 2.

6 Hall p. 23

7 Hall p. 27

8 Hall p. 28

La loi n'interdit pas la facturation supplémentaire qui se pratique dans la plupart des provinces depuis le début de leur participation au programme de soins médicaux. La loi stipule plutôt que les régimes provinciaux doivent se fonder sur "un barème qui offre une compensation raisonnable pour les services assurés que rendent les médecins et qui n'écarte ni n'exclut, directement ou indirectement, soit au moyen d'honoraires exigés des personnes assurées soit autrement, une possibilité raisonnable pour les personnes assurées de bénéficier de services assurés".

Rapport du Juge Emmett M. Hall

Le Commissaire spécial, le juge Emmett M. Hall, a publié, le 3 septembre 1980, son rapport sur la "Commission d'examen des services de santé - 1979" (dont il est question dans le rapport annuel sur les soins médicaux de 1979-1980). Dans le cadre de cette commission, des assemblées publiques ont été tenues dans toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest. Le Commissaire a reçu quelque 450 présentations. Dans son rapport intitulé: "Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980", le Commissaire déclare: "Chez les particuliers et parmi les membres des gouvernements, de la profession médicale et des associations établies de santé, je n'ai trouvé personne qui n'était pas en faveur du Programme de soins médicaux"[5].

Le rapport traite en détail des questions relatives au Programme de soins médicaux. Le Commissaire décrit "les questions principales" comme étant: "le nombre croissant de médecins qui exigent des honoraires additionnels" et "les controverses découlant de conflits mettant aux prises la profession médicale et les provinces au sujet du barème *(sic)* des honoraires à payer aux médecins"[6]. Les arguments suivants sont apportés dans le rapport.

Le point essentiel est le droit des médecins de recevoir une rémunération adéquate pour leurs services; ni plus, ni moins.

Je rejette complètement l'idée que les médecins doivent accepter les tarifs fixés unilatéralement par n'importe quelle province. Je rejette aussi, comme je l'ai fait dans le rapport de la Commission royale d'enquête, le concept des honoraires additionnels."[7] Le Commissaire enchaîne avec les recommandations suivantes:

"En conclusion, je recommande que lorsque les négociations échouent et qu'elles aboutissent à une impasse, les points de litige doivent être soumis à des fins d'arbitrage obligatoire, à un conseil d'arbitrage composé de trois personnes: un Président indépendant nommé par le juge en chef de la province en cause et deux personnes désignées pour représenter respectivement la profession médicale et le gouvernement."[8] Il est indiqué dans le rapport que les provinces "ont le pouvoir de déclarer illégale la pratique des honoraires supplémentaires" et "accepte elle-même l'arbitrage obligatoire tel que *(sic)* proposé". Le rapport mentionne également que le gouvernement fédéral "a cependant la responsabilité de fixer des objectifs qui soulignent le caractère national du programme de soins médicaux au Canada. La loi sur les soins médicaux devrait être revisée de façon à décréter:

5 Le juge Emmett M. Hall, Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980. (Saskatoon, Saskatchewan, 1980) p. 2.

6 Hall p. 23

7 Hall p. 27-28

8 Hall p. 28

1) That extra-billing by physicians inhibits reasonable access to services and is contrary to the intent and purpose of the act.

2) That the Provinces should develop a mechanism to ensure reasonable compensation to physicians."[9]

In concluding this section of his report Mr. Justice Hall referred to the concern over the supply of doctors and doctors' expectations for "reasonable" income levels. He stated that the "doctor supply dilemma must be addressed, otherwise there will be increasing conflict between doctors and provincial paying agencies over fee schedules."[10] The report made recommendations for medical manpower studies.

The report also mentioned that: "The program must be Canada-wide in its basic provisions. It must apply universally. The population is very mobile. Different modes of billing patients in different provinces can only lead to confusion and denial of accessibility to many."[11]

The Commissioner cited the nature of the complaints submitted about receiving insured services "in another Province", and noted that: "The major problems seem concentrated on administration, particularly with regard to proof of insured status;....Many doctors and hospitals are solving their problems by requiring payment in advance. This creates problems for patients."[12]

The commissioner went on to recommend that "the Provincial Ministers and their counterparts in the Territories meet and work out this problem which is one of great annoyance to many Canadians."[13]

In respect of entitlement and premiums, Mr. Justice Hall observed "during the public hearings, I was surprised at the wealth of complaints regarding the numbers of persons reported by community groups and by medical and hospital spokesmen, as not being insured in the three provinces of Alberta, British Columbia and Ontario which still levy premium taxes...

The extent of the problem is unknown. The numbers of uninsured is unknown, although some witnesses indicated that it might be more than 5 per cent tolerance permitted under the federal law. I do conclude that this matter requires immediate investigation."[14]

He also recommended: "that as economic conditions improve throughout Canada, the three Provinces in question should give serious consideration to dropping the premium system, probably by yearly stages over a period of,

9 Hall p. 28-29

10 Hall p. 33-34

11 Hall p. 30

12 Hall p. 39

13 Hall p. 40

14 Hall p. 46

1) Que la pratique des honoraires supplémentaires par les médecins empêche une accessibilité raisonnable aux services et qu'elle est contraire à l'esprit et à l'objectif de la loi.

2) Que les provinces devraient mettre en place un mécanisme qui assure aux médecins une rémunération raisonnable"[9].

En terminant cette partie de son rapport, le juge Hall fait allusion aux préoccupations que suscitent les ressources en main-d'oeuvre médicale et les attentes des médecins relativement au niveau de revenus "raisonnables". Il déclare que: "On doit faire face au dilemme causé par la potentiel médecin, sinon il y aura aggravation du conflit entre les docteurs et les agences de paiement provinciales au sujet de l'échelle des tarifs"[10]. Il recommande également la mise en oeuvre d'études sur la main-d'oeuvre médicale.

Le rapport signale également que: "un programme dont les clauses fondamentales doivent s'appliquer universellement à tout le Canada où la population se déplace très facilement. L'existence de différentes méthodes d'imposer des honoraires dans différentes provinces ne peut qu'aboutir à la confusion et au refus de l'accessibilité de bien des gens aux services"[11].

Le Commissaire a exposé la nature des plaintes formulées concernant les services assurés fournis dans une autre province et a déclaré: "Les problèmes majeurs semblent se concentrer sur l'administration, surtout lorsqu'il s'agit de prouver que l'on est assuré,... Un grand nombre de docteurs et d'hôpitaux ont résolu leurs problèmes en exigeant des paiements à l'avance, mais cela crée des problèmes pour les malades"[12].

Le Commissaire recommande donc que: les ministres provinciaux et leurs collègues des Territoires se rencontrent afin de résoudre ce problème qui est un vrai casse-tête pour bien des Canadiens"[13].

En ce qui concerne l'admissibilité et les primes, le juge Hall a déclaré: "durant les audiences publiques, je fus surpris du nombre de griefs relatifs à la quantité de personnes qui, selon des groupes communautaires et les porte-paroles *(sic)* de médecins et d'hôpitaux, n'étaient pas assurées dans les trois provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario qui prélèvent toujours des impôts sur les primes...

L'étendue du problème nous échappe. On ne connaît pas le nombre de personnes non assurées, quoique des témoins aient indiqué que ce nombre dépasse les 5 pour-cent *(sic)* de tolérance requis par la loi fédérale. J'en conclus que l'on étudie ce sujet le plus rapidement possible"[14].

Il a aussi déclaré: "par suite de l'amélioration de la situation économique au Canada, les trois provinces en question devraient songer sérieusement à abandonner le système des primes; cela pourrait se faire par

9 Hall p. 28-29

10 Hall p. 34

11 Hall p. 30

12 Hall p. 39

13 Hall p. 40

14 Hall p. 46-47

say, five years, thus bringing all Canadian residents into the same pattern of coverage and accessibility."[15]

In addressing the matter of federal funding arrangements and provincial spending, the special Commissioner noted that: "During the course of my hearings, there were allegations that some provinces had 'diverted' 'federal health funds' to other than health purposes, and that, as a consequence, some provincial programs have been 'underfunded', thereby causing some doctors to 'opt-out' and/or extra-bill, resulting in an 'eroding' of the Medicare Program.

I have concluded, after examining the evidence, that we are confronted in these allegations with two major issues which are distinct and not necessarily related. The first is the complex question of the effects of the transfer of federal funds to the provinces under The Established Programs Fiscal Arrangements Act (1977). The second, of course, is whether the provinces are fulfilling the conditions of The Hospital Insurance and The Medical Care Insurance Acts.

Several briefs presented in the public hearings endeavored to link the federal funding arrangements with the provincial programs. But that there is not necessarily a direct relationship between the two is evident when one considers that a Provincial Government might well spend far more than the Federal Government envisaged, and yet not meet the health program requirements."[16]

After discussion, the Commissioner wrote with respect to the conditions: "I conclude therefore that the first part of the allegation, namely that, 'federal health dollars are being diverted' is not established. That Provincial Governments should have more autonomy in allocating resources to health, in the expectation that they would reduce the rates of growth in the two previously cost-shared programs of hospital and medical care insurance, was a primary purpose of the change to block-funding.

Only the cash grant was (and remains) a conditional payment from the Federal Government to the Provinces, and it is clear that all of the funds received by the Provinces under the cash grant are being allocated to health programs."[17]

The Hall Commission Report was a subject of major consideration at two Conferences of Provincial and Territorial Ministers of Health. The second conference (December 15, 16, 1980) concluded "with a renewed commitment to the concepts and principle of medicare".

During the year there were also two Federal/Provincial/Territorial Conferences of Deputy Ministers of Health which, among other things, dealt with issues arising from the review by Mr. Justice Hall.

---

15 Hall p. 41

16 Hall p. 9

17 Hall p. 11

étapes successives d'une année à l'autre pendant, disons, une période de cinq ans; de cette façon, tous les Canadiens auraient accès à un même plan qui assurerait leur protection"[15].

Au sujet de la question des accords concernant l'allocation des fonds fédéraux et les dépenses des provinces, le Commissaire spécial a déclaré: "Au cours des audiences que je présidais, l'on a soutenu que quelques provinces avaient utilisé 'les fonds fédéraux de santé' à la réalisation d'objectifs non sanitaires, avec le résultat que quelques programmes provinciaux se trouvèrent 'sans fonds suffisants' et que quelques médecins décidèrent de se retirer du programme ou d'exiger des honoraires additionnels. Le programme des soins médicaux en 'souffrit'.

Après examen de ces dépositions, j'en suis venu à la conclusion que nous avions affaire à deux points importants, distincts et pas forcément connexes, à savoir, en premier lieu, le problème complexe de la transférabilité de fonds fédéraux aux provinces dans le cadre de la Loi sur les accords fiscaux pour les programmes établis (1977) et ensuite, comme il fallait s'y attendre, le fait de savoir si les provinces observaient les conditions stipulées par les lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance des soins médicaux.

Dans plusieurs mémoires présentés aux audiences publiques, l'on s'efforça d'établir une corrélation entre les accords concernant l'allocation des fonds fédéraux et les programmes provinciaux, mais l'existence d'une corrélation étroite n'est pas nécessairement évidente quand on *(sic)* considère que les dépenses du gouvernement d'une province peuvent dépasser de beaucoup celles du gouvernement fédéral, sans pour cela satisfaire les exigences du programme de santé"[16].

Après discussion, le Commissaire a déclaré, en ce qui concerne les conditions: "J'en conclus que la première partie de l'accusation, à savoir que 'les dollars que le gouvernement fédéral allouaient *(sic)* à des programmes de santé ont été utilisés à d'autres fins' n'est pas fondée. Les gouvernements provinciaux devraient avoir plus de liberté dans la répartition des fonds aux programmes de santé si l'on s'attend à freiner l'expansion des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, les deux programmes dont la mise en oeuvre était assurée auparavant par le plan des frais partagés; c'est la raison principale qui explique l'adoption de l'octroi des sommes globales.

Seul le système d'octrois au comptant constituait (et constitue toujours) un paiement sous réserves du gouvernement fédéral aux provinces, et il est évident que la totalité des fonds reçus par les provinces sous forme d'octrois au comptant a été allouée à des programmes de santé"[17].

La Commission Hall a fait l'objet d'une attention spéciale lors des deux conférences provinciales et territoriales des ministres de la Santé. La deuxième conférence (tenue les 15 et 16 décembre 1980) s'est terminée par "l'engagement renouvelé des participants à l'égard du concept et des principes de l'assurance-maladie'."

Il y a également eu, au cours de l'année, deux conférences fédérale-provinciale et territoriale des sous-ministres de la Santé où on a étudié, entre autres, sur les questions soulevées dans le rapport du juge Hall.

---

15 Hall p. 42

16 Hall p. 9

17 Hall p. 11

The Medical Care Program also came under the purview of a Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements, which began work after the close of the fiscal year. The Order of Reference of February 5, 1981, establishing the Task Force reads as follows:

"That the committee examine the programs authorized by the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, focussing, in particular, on fiscal equalization, the tax collection agreements, the Canada Assistance Plan, and Established Programs Financing; and that this examination take place within the context of the government's expenditure plan as set out in the October 28, 1980 budget."

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans has been continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and problems of eligibility and portability, as mentioned above, all provinces continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow up with the provinces concerned all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- Effective July 1, 1980, premiums for the Medical Services Plan of British Columbia were raised from $7.50 to $8.50 for a single person, from $15.00 to $17.00 for a couple and from $18.75 to $21.25 for families of three or more. In British Columbia the policy is to set premium revenues at about 35 per cent of medical care plan costs.

- Effective January 1, 1981, Alberta established a committee of the College of Physicians and Surgeons of Alberta as a formal body for the assessment of physicians' bills. Among other things, the "Committee may refuse to allow a bill, account or claim or part of a bill, account or claim that in its opinion is excessive having regard to the circumstances of the matter."

  Effective July 1, 1980, premiums for Alberta Health Care Insurance Plan were raised from $7.65 to $8.65 for single persons and from $15.30 to $17.30 for families.

- As of September 1980 it is no longer necessary for New Brunswick's physicians to seek prior approval from the Department of Health before referring patients to physicians located outside the province.

- In Prince Edward Island, an Act to Amend the Health Services Payment Act came into force April 1, 1980. The amending Act introduces selective opting-out of the Plan. Physicians can now opt-out of the Plan when treating certain patients or providing certain services without having to elect to opt-out of the Plan for all of their services. The patient must be informed prior to treatment and the

Le programme de soins médicaux relève également de la compétence du groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, constitué après la clôture de l'exercice financier. Le mandat du 5 février 1981 constituant le groupe de travail se lit comme suit:

"Que le Comité étudie les programmes autorisés par la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis en s'occupant en particulier de la péréquation, des accords de perception fiscale, du Régime d'assurance publique du Canada et du financement des programmes établis; et que cette étude se fasse dans le contexte du plan des dépenses du gouvernement exposé dans le budget du 28 octobre 1980".

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la facturation supplémentaire, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité déjà mentionnées, toutes les provinces ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Le 1er juillet 1980, la Colombie-Britannique a haussé les primes de son régime de services médicaux de 7,50 $ à 8,50 $ pour une personne seule, de 15 $ à 17 $ pour un couple et de 18,75 $ à 21,25 $ pour une famille de trois personnes ou plus. Dans cette province, la règle de conduite est de fixer les recettes tirées des primes à environ 35 p. 100 du coût du régime de soins médicaux.

- Le 1er janvier 1981, l'Alberta a constitué un comité du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta et l'a chargé d'évaluer les factures des médecins. Entre autres choses, le "Comité peut refuser d'autoriser une facture, un compte ou une réclamation ou une partie d'une facture, d'un compte ou d'une réclamation qu'il juge excessif, compte tenu des circonstances."

- Le 1er juillet 1980, l'Alberta a haussé les primes de son régime d'assurance-maladie de 7,65 $ à 8,65 $ pour une personne seule et de 15,30 $ à 17,30 $ pour une famille.

- Depuis septembre 1980, les médecins du Nouveau-Brunswick ne sont plus tenus d'obtenir l'autorisation du ministère de la Santé avant de diriger leurs malades vers des médecins situés à l'extérieur de la province.

- A l'Île-du-Prince-Édouard, une loi modifiant la Health Services Payment Act est entrée en vigueur le 1er avril 1980. L'amendement permet la non-participation sélective au régime. Les médecins peuvent maintenant choisir la non-participation lorsqu'ils traitent certains malades ou qu'ils fournissent certains services sans avoir à se retirer complètement du régime pour l'ensemble de leurs services. Le

amount of extra-billing must be reported to the Commission.

- The April 1, 1980 agreement between the Province and the Prince Edward Island Medical Society also established a Committee, comprised of 6 members (2 from government, 2 from the medical society and 2 from the general public), whose mandate is to analyse the extent and pattern of opting-out, review the effect on access to services, and undertake related studies.

- Increases in the schedules of payments for medical practitioners were implemented in all provinces and territories, except Ontario.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1981. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Health Insurance, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. Administration of the Medical Care Act.

2. Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.

3. Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include the administration of the Health Resources Fund Act; studies and advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1980-81, payment amounted to $9,667.40. After replenishment of the Fund

malade doit en être informé avant le traitement, et le montant de la facturation supplémentaire doit être signalé à la Commission.

- L'accord conclu le 1er avril 1980 entre la province et la Prince Edward Island Medical Society prévoyait également la création d'un comité composé de 6 membres (2 représentants du gouvernement, 2 représentants de l'association médicale et 2 personnes choisies dans la collectivité) dont la responsabilité est d'analyser la nature et l'étendue de la non-participation, d'analyser ses répercussions sur l'accessibilité des services et d'entreprendre des études connexes.

- Une majoration des honoraires des médecins est entrée en vigueur dans toutes les provinces et les territoires, sauf en Ontario.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1980. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements ne sont pas invariables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au Directeur de l'Assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, payés d'avance, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;

2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;

3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans le domaine de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services complémentaires de santé, de la Loi sur la Caisse d'aide à la santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1980-1981, les versements se sont élevés à 9667,40 $.

by the provinces and territories, the closing balance, as of March 31, 1981, was $47,830.70.

Selected Activities

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

1. Consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate.

2. Promote federal/provincial co-ordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level.

3. Exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee.

4. Serve as a forum that will offer a means of contact between the federal and provincial governments and national health organizations.

Items of particular interest discussed at these meetings included: standard outpatient rates for insured services provided in other provinces; reciprocal process billing arrangements between provinces for inpatient services; Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability, Hospital and Medical Care Insurance; a proposal by the Canadian Hospital Association (CHA) to develop a standardized management information system; physician's income study; patient audit programs; specialty shortages and incentive programs; claims systems and processing of claims; payment systems for out-of-province services; billings and payments for psychotherapy and counselling services; the Canadian Red Cross Society's budgets for the blood transfusion and donor recruitment services; exchange of information on additional health program benefits provided by provinces; a computerized health facilities planning system; continuing development of guidelines for special services in hospitals.

The Department continued to provide data on physician's earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative analyses of utilisation and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance

Les provinces et les territoires ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1981 était de 47 830,70 $.

Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux et territoriaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce Comité avait le mandat suivant:

1. Examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimité d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent.

2. Promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international.

3. Échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif.

4. Servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons: les tarifs des services assurés des consultations externes fournies dans d'autres provinces; les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés; l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie; une proposition de l'Association des hôpitaux du Canada concernant la création d'un système normalisé d'information de gestion; une étude sur le revenu des médecins; les programmes de vérification des patients; le manque de main-d'oeuvre spécialisée et les programmes d'encouragement; les systèmes de réclamation et le traitement des réclamations; les systèmes de paiement des services dispensés dans une autre province; la facturation et le paiement des services de psychothérapie et de counseling; la portion du budget de la Société canadienne de la croix rouge affectée aux services de transfusion sanguine et de recrutement des donneurs de sang; l'échange de renseignements sur les avantages supplémentaires des programmes de santé offerts dans les provinces; un système informatisé de planification des établissements de santé et la poursuite de l'élaboration de directives concernant les services hospitaliers spéciaux.

Au cours de l'année, le Ministère a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux administrateurs des régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé ont également été poursuivies. On a également procédé à des analyses comparatives approfondies sur l'utilisation et le coût des régimes provinciaux de soins médicaux.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont poursuivis avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers qui s'intéressent

programs. Ongoing national and international interest in these programs was reflected in the many requests for information received by the Department.

Financial Experience

During the fiscal year 1980-81, federal payments made with respect to the Medical Care Program under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces and territories totalled $859,607,000.

Payments by Canada to the provinces and territories for the fiscal years 1976-77 to 1980-81 are detailed in Table 1. These represent payments under section 6 of the Medical Care Act 1966-67 and section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, depending upon the year in question, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program (where applicable). Table 2 details advance payments for these years but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. For 1976-77, contributions were on a cash basis only. From 1977-78 onwards, contributions consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

aux programmes nationaux d'assurance-maladie au Canada. L'intérêt que suscitent les programmes canadiens à l'échelle nationale et internationale continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressés au Ministère.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1980-1981, les versements fédéraux aux provinces et territoires, en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 859,607,000 $.

Les versements du Canada aux provinces et aux territoires pour les années financières de 1976-77 à 1980-81 sont indiqués au tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'article 6 de la Loi de 1966-1967 sur les soins médicaux ou de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, selon l'année en question, et comprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas les indemnités du Programme de revenus garantis; en 1976-1977, les contributions ont été faites en espèces seulement. Depuis 1977-1978, les contributions sont faites sous la forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique: "Description des accords de financement" du présent rapport.

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces in Fiscal Years 1976-77 to 1980-81

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières 1976-1977 à 1980-81

	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 24,148,205	$ 15,241,534	$ 19,052,000	$ 22,560,000	$ 24,401,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	5,177,671	2,964,271	3,917,000	4,909,000	5,194,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	35,593,044	23,714,381	28,665,000	33,409,000	36,324,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,746,267	18,036,037	23,100,000	28,005,000	29,738,000
Quebec/Québec	270,395,168	140,026,476(1)	166,626,000(1)	175,114,000(1)	170,823,000(1)
Ontario	359,962,821	229,277,889	276,887,000	315,750,000	337,230,000
Manitoba	45,041,515	29,676,643	35,149,000	41,357,000	44,661,000
Saskatchewan	41,881,646	25,588,448	31,867,000	38,379,000	40,954,000
Alberta	82,336,428	52,440,241	56,494,000	63,028,000	69,562,000
British Columbia/Colombie-Britannique	106,717,451	59,445,465	73,635,000	92,223,000	98,230,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	830,579	579,229	576,000	688,000	741,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,652,156	1,361,693	1,576,000	1,613,000	1,749,000
Canada	$1,003,582,951	$598,352,307	$717,544,000	$817,035,000	$859,607,000
Consisting of:/Comprenant:					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year:/Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; and/et	$ 931,847,048(2)	$574,462,000(3)	$707,145,000(3)	$814,520,000(3)	$892,034,000(3)
b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal year/Les paiements de redressement pour l'année financière précédente	$ 71,735,903(2)	23,890,307(2)	10,399,000(3)	2,515,000(3)	(32,427,000)(3)
Total Payments/Sommes globales	$1,003,582,951	$598,352,307	$717,544,000	$817,035,000	$859,607,000

(1) The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the FPFA/EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.
Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

(2) Represents payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-67.

(3) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux.

Table 2
Medical Care Program
Advance Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1976-77 to 1980-81
Excluding compensation for the termination
revenu of the 1972 Revenue Guarantee Program

Tableau 2
Programme de soins médicaux
Versements anticipés du Canada aux provinces pour les années financières 1976-77 à 1980-81
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garanti de 1972

	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 24,148,205	$ 13,732,000	$ 16,832,000	$ 19,752,000	$ 21,198,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	5,177,671	2,715,000	3,495,000	4,277,000	4,609,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	35,593,044	21,839,000	25,742,000	29,547,000	31,694,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,746,267	16,870,000	20,642,000	24,299,000	26,106,000
Quebec/Québec	270,395,168	122,350,000([1])	131,901,000([1])	145,647,000([1])	150,991,000([1])
Ontario	359,962,821	209,930,000	246,639,000	280,527,000	303,416,000
Manitoba	45,041,515	28,165,000	32,311,000	36,122,000	38,458,000
Saskatchewan	41,881,646	24,007,000	28,706,000	33,417,000	36,040,000
Alberta	82,336,428	42,461,000	50,873,000	61,235,000	69,771,000
British Columbia/Colombie-Britannique	106,717,451	53,633,000	66,050,000	78,289,000	86,543,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	930,579	460,000	556,000	662,000	727,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,652,156	1,171,000	1,320,000	1,514,000	1,562,000
Canada	$1,003,582,951	$537,333,000	$625,067,000	$715,288,000	$771,115,000
Consisting of:/Comprenant:					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year:/Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours: and/et	$ 931,847,048([2])	$537,333,000([3])	$625,067,000([3])	$715,288,000([3])	$771,115,000([3])
b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal year/Les paiements de redressement pour l'année financière précédente (4)	$ 71,735,903([2])	$ 23,890,307([2])	$ 10,399,000([3])	$ 2,515,000([3])	$ 32,427,000([3])
Total Payments/Sommes globales	$1,003,582,951	$561,223,307	$635,466,000	$717,803,000	$738,688,000

([1]) The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the FPFA/EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.
Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

([2]) Represents payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-67.

([3]) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act. Please consult text under description of financing arrangements for explanation.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux. Pour les explications, veuillez vérifier le texte sous la description des arrangements financiers.

([4]) Due to the manner in which the Department of Finance reports payment data, it has not been possible to segregate those portions of the adjustment payments involving the Revenue Guarantee. Thus, the data in this row are identical to that contained in Table I.
À cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garanti. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du Tableau I.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1976-77 to 1980-81

Tableau 3
Programme de soins médicaux
Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1976-77 à 1980-81

	1976-77	1977-78(1)	1978-79(1)	1979-80(1)	1980-81(2)
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 24,148,205	$ 24,389,000	$ 28,924,000	$ 33,281,000	$ 36,700,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	5,177,671	4,987,000	6,091,000	7,206,000	7,979,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	35,593,044	37,618,000	43,628,000	49,786,000	54,871,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,746,267	29,854,000	35,412,000	40,943,000	45,198,000
Quebec/Québec	270,395,168	302,404,000	335,556,000	375,206,000	414,937,000
Ontario	359,962,821	386,179,000	443,444,000	502,721,000	556,621,000
Manitoba	45,041,515	47,612,000	54,282,000	60,864,000	66,583,000
Saskatchewan	41,881,646	41,714,000	48,900,000	56,307,000	62,396,000
Alberta	82,336,428	88,497,000	104,895,000	128,352,000	151,104,000
British Columbia/Colombie-Britannique	106,717,451	108,865,000	129,292,000	153,077,000	175,703,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	930,579	1,036,000	1,226,000	1,429,000	1,596,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,652,156	2,020,000	2,299,000	2,654,000	2,928,000
Canada	$1,003,582,951	$1,075,175,000	$1,233,949,000	$1,411,826,000	$1,576,616,000

(1) These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers.

Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972; mais incluent les contributions comptantes et les transferts d'impôts.

(2) Estimated

Prévisions

Analysis of Cost Changes[18]

The cost factor analysis in this report covers the fiscal years 1974-1975 to 1980-81.[19]

Aggregate and per capita program costs,[20] as reported by the ten provinces, increased from $1,459.2 million, or $64.91 per capita, in 1974-1975 to $3,203.1 million, or $132.25 per capita, in 1980-1981. For the fiscal years to 1976-1977 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continue to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces were subject to the effect of certain administrative and organizational changes.

The following dollar figures, and the percentage changes shown in Table 4, are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and estimates of non-fee program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the total population.

Adjusted program costs increased from $1,586.0 million in 1974-1975 to $2,767.1 million in 1979-1980, and to $3,215.2 in 1980-1981. In per capita terms the adjusted figures were: $71.03 in 1974-75; $116.81[21] in 1979-1980, and $134.02 in 1980-1981.

18 Excludes Yukon and Northwest Territories.

19 Years ending March 31.

20 'Program costs' are not the costs of the program to the federal government, but consist of the sum of provincial payments for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada), excluding costs of administration.

21 The counts of insured persons used to calculate per capita rates in 1979-1980 and 1980-1981 are based upon intercensal estimates, i.e. estimates which take into account the results of the 1981 Census. Intercensal estimates differ from the postcensal estimates that were used to calculate the per capita rates shown in previous annual reports.

Analyse des variations relatives aux frais[18]

Dans le présent rapport, l'analyse du facteur coût couvre les années financières 1974-1975 à 1980-1981[19].

Les frais de programme[20] déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 $ millions (frais globaux), ou 64,91 $ par habitant, en 1974-1975, à 3203 $ millions, ou 132,25 $ par habitant, en 1980-1981. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les frais de programme déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis le 1er avril 1977, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des frais de programme déclarés. Bien qu'à chaque automne, les provinces fassent connaître leurs frais de programme pour l'année financière précédente, les données récentes relatives à certaines provinces étaient assujetties à certains changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants suivants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au tableau 4 sont fondés sur des frais de programme qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les frais de programme pour l'Ontario et les quatre provinces de l'Ouest pour 1974-1975, de façon à compenser pour le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et on a évalué les frais de programme pour services non rémunérés à l'acte dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne peuvent plus être entièrement comparés avec ceux des années précédentes. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada sur la population totale.

Les frais de programme redressés sont passés de 1586 $ millions en 1974-1975, à 2767 $ millions en 1979-1980 et à 3,215,2 $ millions en 1980-1981. Quant aux coûts rajustés par habitant, ils étaient de 71,03 $ en 1974-1975, de 116,81 $[21] en 1979-1980 et de 134,02 $ en 1980-1981.

18 Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.

19 Années finissant le 31 mars.

20 Les "frais de programme" ne représentent pas ce que le programme coûte au gouvernement fédéral, mais plutôt la somme des versements aux provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), excluant les frais d'administration.

21 Le nombre des personnes assurées utilisé pour calculer les taux par habitant en 1979-1980 et en 1980-1981 est fondé sur des estimations intercensitaires qui tiennent compte des résultats du recensement de 1981. Les estimations intercensitaires sont différentes des estimations postcensitaires qui ont été utilisées pour le calcul des taux par habitant dans les rapports annuels antérieurs.

Table 4/Tableau 4
Average Annual Rates of Change of Adjusted Aggregate and Per Capita Costs
Taux annuels de variation des frais globaux et frais par habitant entièrement redressés

	Per Cent Change per Year[22] / Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1979-80	1979-80 to/à 1980-81	1974-75 to/à 1980-81
Aggregate Costs / Frais globaux	11.8	16.2	12.5
Per Capita Costs / Frais par habitant	10.5	14.7	11.2

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. During the period under review, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.4 per cent of total program costs.

Table 5 shows changes in adjusted fee payments to physicians, and the contributions of selected factors to such changes. Each group of factors from (a) to (e) represents an alternative explanation of changes in aggregate fee payments to physicians. For example, increases in aggregate fee payments may be regarded as resulting from changes in price and utilization, or from changes in the number of physicians and in payments per physician.

22 Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

Le coût total du Programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Au cours de la période prise en considération, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait 5,9 à 6,3 % des frais de programme globaux.

Le tableau 5 montre des changements au niveau des paiements redressés qui sont versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que le rôle de certains facteurs relativement à ces changements. Chacun des groupes de facteurs, soit de (a) jusqu'à (e), correspond à une explication différente des changements au niveau de l'ensemble des paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Ainsi, l'augmentation de ces paiements peut être considérée comme le résultat de changements au niveau du prix et de l'utilisation, ou de changements au niveau du nombre de médecins et de paiements par médecin.

22 Les taux annuels moyens de variation de la présente section ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 5/Tableau 5
Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments
Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des versements aux médecins

	Per Cent Change per Year[23] / Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1979-80	1979-80 to/à 1980-81	1974-75 to/à 1980/81
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	11.7	15.9	12.4
(a) Insured Population Population assurée	1.2	1.3	1.2
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	10.4	14.5	11.1
or/ou			
(b) Price/Prix	6.8	10.7	7.4
Utilization/utilisation	4.6	4.7	4.6
or/ou			
(c) Physician Supply Effectif de médecins	3.1	3.1	3.1
Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin	8.3	12.5	9.0
or/ou			
(d) Population	1.2	1.3	1.2
Price/Prix	6.8	10.7	7.4
Per Capita Utilization Utilisation par habitant	3.4	3.4	3.4
or/ou			
(e) Population	1.2	1.3	1.2
Price/Prix	6.8	10.7	7.4
Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant	1.9	1.8	1.9
Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.4	1.6	1.5

---

23 The percentages in each group of factors do not add up to the percentage changes in Aggregate Fee Payments to Physicians. This arises because the effects of the factors upon Aggregate Fee Payments to Physicians are not additive but compounded.

Etant donné que les effets des facteurs sur l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins ne sont pas additifs mais composés, le total des pourcentages de chaque groupe de facteurs ne correspond pas à la variation en pourcentage de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins.

The physician supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians.[24] The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services, which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual, and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. Consequently, it may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes such as: age-sex and urban-rural distribution of the covered population; people's expectations; technological progress; and changes in the per capita physician supply.

As shown in Table 5, price increases from 1979-80 to 1980-81 were considerably higher than during the years 1974-75 to 1979-80, partly as a result of the anti-inflation legislation which was in effect for much of the earlier period. Consequently aggregate and per capita fee payments, as well as fee payments per physician, also increased quite rapidly from 1979-80 to 1980-81. The remaining factors grew at approximately the same rate in the last one-year period as in the preceding five-year period.

To put the percentage changes shown in Table 5 into perspective: The Canadian Gross National Product (G.N.P.) increased at a rate of 11.9 per cent per year from 1974 to 1980, and the Consumer Price Index (C.P.I.) (all items) increased at an annual rate of 9.1 per cent during the same period. From 1979 to 1980 the G.N.P. grew by 10.6 per cent, and the C.P.I. rose by 10.1 per cent.[25]

---

24 The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

25 The comparisons shown are based upon Statistics Canada estimates which were available at the time of preparation of this report. Some of these estimates have been revised since.

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements au niveau du nombre de médecins équivalents temps plein.[24] Le facteur "prix" mesure les changements au niveau du barème de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux, mais non les changements au niveau du coût moyen des services, qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de mode de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu, et n'est pas mesuré d'une manière indépendante, c'est-à-dire qu'il n'est pas obtenu en comptant les changements au niveau du nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur reflète non seulement les changements au niveau du volume des services, mais comprend peut-être aussi l'effet des changements de mode d'exercice et de mode de facturation des médecins sur les prix. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer à la suite de changements, comme ceux qui interviennent dans la répartition selon l'âge et le sexe et la distribution urbaine-rurale de la population assurée, des progrès technologiques et des changements au niveau de l'effectif de médecins par habitant.

Comme l'indique le tableau 5, l'augmentation des prix a été beaucoup plus forte de 1979-1980 à 1980-1981 que de 1974-1975 à 1979-1980 et ce, partiellement à cause de la politique anti-inflationniste en vigueur pendant la majeure partie de la première période. En conséquence, les versements globaux et par habitant, de même que les versements par médecin, ont aussi augmenté assez rapidement de 1979-1980 à 1980-1981. Les autres coûts ont augmenté à peu près au même rythme durant la dernière année que durant la période précédente de 5 ans.

Pour avoir une meilleure idée de ce que signifient les variations en pourcentage mentionnées au tableau 5, disons que le produit national brut (PNB) a augmenté de 11,9 p. 100 par année de 1974 à 1980 et que l'indice des prix à la consommation (IPC) (tous les articles) s'est accru de 9,1 p. 100 au cours de la même période. De 1979 à 1980, le PNB s'est accru de 10,6 p. 100 et l'IPC de 10,1 p. 100.[25]

---

24 Le nombre de médecins équivalents temps plein ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à temps plein et à temps partiel.

25 Les comparaisons sont établies d'après les données de Statistiques Canada disponibles au moment de la préparation du rapport. Certaines de ces données ont été révisées depuis.

That is, during the six-year period under consideration the growth in aggregate fee payments, at 12.4 per cent, was slightly larger than the growth in the G.N.P. Although the price of physicians' services, for all ten provinces combined, increased by 7.4 per cent, or less than consumer prices in general, the rise in average fee payments per physician, at 9.0 per cent, almost matched the growth in the C.P.I.[26]

In Table 6, the data shown in Table 5 are expressed in dollar terms and in the corresponding percentage distributions. In each period the sum of the dollar amounts and of the percentages for each of the groups of factors from (a) to (e) equal the figures shown for "Aggregate Fee Payments to Physicians". In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply in Table 6, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same average fee payments per person or per physician as were generated by those already insured or practising in the base period.

---

26 Price increases in Quebec tended to be below those adopted in the other provinces. When this province is excluded, price increases in the remaining nine provinces averaged 8.1 per cent per year from 1974-75 to 1980-81, and increases in fee payments per physician exceeded 9.7 per cent per year.
It should be noted that changes in fee payments per physician are not necessarily the same as changes in the average gross or net professional incomes of physicians.

Autrement dit, au cours de la période visée de 6 ans, l'augmentation à 12,4 p. 100 des paiements globaux versés aux médecins rémunérés à l'acte a été légèrement supérieure à l'augmentation du PNB. Bien que le prix des services offerts par les médecins, dans l'ensemble des 10 provinces, ait augmenté de 7,4 p. 100, tout en étant inférieur à l'indice des prix à la consommation, l'augmentation (9, p. 100) des versements moyens aux médecins rémunérés à l'acte correspond presque à l'augmentation de l'IPC.[26]

Les données présentées au tableau 5 sont exprimées en termes monétaires au tableau 6; on y ajoute également les pourcentages correspondants. Pour chaque période, la somme des montants et des pourcentages de chacun des groupes de facteurs, soit de (a) à (e), correspond à ce qui est indiqué à la première ligne "Ensemble des paiements à l'acte aux médecins". En attribuant les effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins (tableau 6), on suppose que chaque personne assurée additionnel, ou chaque médecin additionnel, a tendance à produire les mêmes paiements moyens par personne ou par médecin que ceux que produisent les personnes déjà assurées ou exerçant déjà au cours de la période de base.

---

26 L'augmentation des prix au Québec semble être bien inférieure à celle appliquée dans les autres provinces. Si l'on exclut cette province, l'augmentation moyenne des prix dans les neuf autres provinces a été de 8,1 p. 100 en moyenne par année, de 1974-1975 à 1980-1981 et l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte a dépassé 9,7 p. 100 par année.
Il importe de signaler que les variations dans les paiements par médecin ne sont pas nécessairement les mêmes que celles notées dans le revenu moyen brut ou net des médecins.

Table 6/Tableau 6
Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians
Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Annual Averages / Moyennes annuelles					
	1974-75 to/à 1979-80		1979-80 to/à 1980-81		1974-75 to/à 1980-81	
	($ millions)	(%)	($ millions)	(%)	($ millions)	(%)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians						
Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins	$220.6	100.0	$413.7	100.0	$252.8	100.0
Attributable to Changes in:						
Imputables aux changements au niveau des facteurs suivants:						
(a) Insured Population						
Population assurée	$ 23.3	10.6	$ 34.[illegible]	8.4	$ 25.5	10.1
Per Capita Fee Payments						
Paiements à l'acte par habitant	197.3	89.4	3[illegible]	91.6	227.3	89.9
or/ou						
(b) Price/Prix	$130.5	59.2	$284.8	68.8	$154.6	61.2
Utilization/Utilisation	90.1	40.8	128.9	31.2	98.2	38.8
or/ou						
(c) Physician Supply						
Effectif de médecins	$ 61.9	28.1	$ 85.1	20.6	$ 67.0	26.5
Fee Payments per Physician						
Paiements à l'acte par médecin	158.7	71.9	328.6	79.4	185.8	73.5
or/ou						
(d) Insured Population/Population assurée	$ 23.3	10.6	$ 34.6	8.4	$ 25.5	10.1
Price/Prix	130.5	59.2	284.8	68.8	154.6	61.2
Per Capita Utilization						
Utilisation par habitant	66.8	30.3	94.3	22.8	72.7	28.7
or/ou						
(e) Insured Population/Population assurée	$ 23.3	10.6	$ 34.6	8.4	$ 25.5	10.1
Price/Prix	130.5	59.2	284.8	68.8	154.6	61.2
Per Capita Physician Supply						
Effectif de médecins par habitant	38.6	17.5	50.5	12.2	41.5	16.4
Utilization per Physician						
Utilisation par médecin	28.2	12.8	43.8	10.6	31.2	12.3

During the six-year period from 1974-75 to 1980-81, fee payments to physicians rose from $1,492.5 million to $3,009.2 million, a total increase of $1,516.7 million, or $252.8 million per year. Of the total increase of $1,516.7 million, 10.1 per cent, or $153.0 million, was accounted for by population growth, and a further 61.2 per cent, or $927.6 million, was due to price changes. The remaining 28.7 per cent, corresponding to $436.2 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in patterns of practice and in billing habits of physicians. Also, increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the just mentioned two ratios, the data in Table 6 show that changes in the per capita supply of physicians accounted for 16.4 per cent, or $249.0 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1980-81, while changes in the utilization per physician accounted for 12.3 per cent, or $187.2 million.

Alternatively, the data in Table 6 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 26.5 per cent, or $402.0 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 73.5 per cent, or about $1,115 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans), showed considerable changes from 1974 to 1980. There was a decline in the proportion of people aged "under 20" and 40 to 54, from 37.3 per cent to 32.8 per cent and from 16.5 per cent to 15.7 per cent, respectively. The share of the age group 20 to 39 increased from 29.5 per cent to 33.2 per cent, and the proportion of people aged 55 and over rose from 16.6 per cent to 18.3 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

Using data on the per capita costs, by 5-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of a little under 3.3 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1980-81, or about 0.54 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 6, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about $69 million, or 4.5 per cent of the total increase of $1,516.7 million, from 1974-75 to 1980-81.

Au cours des six années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1980-81, les paiements à l'acte aux médecins ont augmenté de 1492,5 $ millions à 3009,2 $ millions, ce qui représente une augmentation totale de 1516,7 $ millions, ou environ 252,8 $ millions par année; 10,1 p. 100 de ces 1516,7 $ millions ou 153,0 $ millions, sont imputables à l'accroissement de la population, et 61,2 %, soit environ 927,6 $ millions, aux changements de prix. Les 28,7 % restants, qui correspondent à 436,2 $ millions, ont été occasionnés par des changements au niveau de l'utilisation par personne assurée. Comme il a été mentionné plus tôt, ce dernier chiffre ne comprend pas seulement des changements de volume; il peut aussi comprendre l'effet de changements au niveau du mode d'exercice et du mode de facturation des médecins sur les prix. En outre, on considère que les augmentations au niveau de l'utilisation par personne assurée sont fortement influencées par des augmentations au niveau de l'effectif de médecins par habitant. En supposant qu'il existe un lien direct entre les deux taux que nous venons de mentionner, les données du tableau 4 indiquent que les changements de l'effectif de médecins par habitant représentent 16,4, p. 100 ou 249,0 $ millions, de l'augmentation totale des paiements à l'acte, entre 1974-1975 et 1980-1981, alors que les changements au niveau de l'utilisation par médecin représentent 12,3 %, ou 187,2 $ millions.

D'autre part, les données du tableau 4 indiquent que les changements au niveau du nombre total de médecins sont responsables de 26,5 p. 100 ou de 402,0 $ millions d'augmentation, au niveau des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, et que les changements au niveau des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 73,5 % restants, soit environ 1115,0 $ millions.

Il a été mentionné plus tôt que les changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population assurée pouvaient être l'un des facteurs qui influaient sur les changements au niveau de l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada concernant les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les dix régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux) révèlent des changements considérables de 1974 à 1980. Il y a eu une diminution de la proportion des personnes âgées de moins de 20 ans et de celles de 40 à 54 ans, soit de 37,3 p. 100 à 32,8 p. 100 et de 16,5 p. 100 à 15,7 p. 100 respectivement. La proportion des personnes âgées de 20 à 39 ans est passée de 29,5 p. 100 à 33,2 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus, de 16,6 p. 100 à 18,3 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère augmentation de la proportion des femmes (le coût pas habitant de sexe féminin tend à être de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

En utilisant des données sur les coûts par habitant, selon le sexe et les groupes d'âge par tranches de 5 ans, applicables aux bénéficiaires de quatre régimes provinciaux de soins médicaux (Québec, Ontario, Saskatchewan et Alberta), on estime que ces changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'un peu moins de 3,3 % des paiements par habitant versés aux médecins rémunérés à l'acte entre 1974-1975 et 1980-1981, soit environ 0,54 % par année. Par rapport aux chiffres indiqués au tableau 4, cela laisse entendre que les changements au niveau de la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée ont fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 69 $ millions, ou de 4,5 % de l'augmentation totale de 1516,7 $ millions, entre 1974-1975 et 1980-1981.

These figures may not fully reflect the total impact of the changing age-sex structure of the insured population on total fee-for-service program costs. Available data suggest that the relative amount of per capita costs of beneficiaries in the different age-groups was not constant, and that the per capita costs of the very young and the very old have tended to increase faster than the per capita costs of persons in the intervening age groups.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

Table 7 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the six-year period from 1974-75 to 1980-81.

Ces chiffres ne démontrent peut-être pas toutes les répercussions que les changements au niveau de la composition selon l'âge et le sexe de la population assurée ont sur l'ensemble des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte. Les données disponibles révèlent que le montant relatif des coûts par habitant, applicables aux bénéficiaires des différents groupes d'âge, n'était pas constant et que les coûts par habitant applicables aux bénéficiaires très jeunes et très âgés ont eu tendance à augmenter plus rapidement que les coûts par habitant applicables aux personnes des groupes d'âge intermédiaire.

L'ensemble des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte, ainsi que les facteurs qui ont eu tendance à influer sur le niveau des paiements à l'acte, ont changé à des taux qui varient d'une province à une autre.

Le tableau 7 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de facteurs donnés, au cours des six années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1980-1981.

Table 7/Tableau 7
Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors
Variations interprovinciales au niveau des taux de changements annuels moyens de facteurs donnés

	Per Cent Change per Year Changement en pourcentage par année 1974-75 to/à 1980-81	
	Median Valeurs médianes	Range Variations
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	12.3	10.3 to/à 15.0
Insured Population/Population assurée	.9	.3 to/à 3.9
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	11.1	9.8 to/à 12.8
Physician Supply/Effectif de médecins	2.9	2.0 to/à 4.6
Per Capita Physician Supply Effectif de médecins par habitant	1.6	-.5 to/à 3.9
Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin	9.2	6.4 to/à 11.1
Price/Prix	8.1	5.5 to/à 9.3
Utilization/Utilisation	4.1	2.4 to/à 5.5
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	2.7	1.3 to/à 4.6
Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.0	.0 to/à 2.0

For the entire six-year period, the ratios between the minimum and maximum rates of change were relatively small for some of the items, e.g. aggregate and per capita fee payments to physicians. The differences in particular years tended to be considerably larger. For example, from 1979-80 to 1980-81, percentage changes in aggregate fee payments to physicians ranged from 6.7 per cent in one province to 20.7 per cent in another province, and changes in per capita fee payments ranged from 6.8 per cent to 16.8 per cent. Price changes in the same year ranged from about 8.7 per cent to 15.4 per cent.[27]

The effect upon per capita fee-for-service program costs in 1980-81 of the changes which occurred in the preceding five-year period, as well as the effect of the situation that existed at the beginning of the period, can be seen in the following data:[28]

- range of per capita fee costs
  1974-75 = $40 to $79
  (a difference of close to 100 per cent)

- range of per capita fee costs
  1980-81 = $72 to $163
  (a difference of about 125 per cent)

The foregoing wide ranges are to some extent a reflection of variations in coverage. Specifically, there are large interprovincial differences in the extent to which radiology and laboratory services are covered under the Medical Care and Hospital Insurance programs respectively. The following data exclude the costs of virtually all radiology and laboratory services:

- range of per capita fee costs
  1974-75 = $40 to $66
  (a difference of about 65 per cent)

- range of per capita fee costs
  1980-81 = $72 to $131
  (a difference of 82 per cent)

27 For purposes of this analysis the price factor is designed to measure the impact of changes in physicians' payment schedules upon program costs in particular years. Consequently, the price change factor for a year is calculated by taking into account the date of introduction of payment schedule revisions, as well as average delay-times between date-of-service and date-of-payment (payment schedule revisions are generally implemented on a date-of-service basis while fee-for-service program costs are reported on a date-of-payment basis). Consequently, the figures quoted here may not coincide with the announced size of particular payment schedule revisions.

28 The figures for Newfoundland are not included because a high proportion of medical services are provided by non-fee physicians. As a result, per capita fee costs are unusually low.

Pour toute la période de six ans, la différence entre les taux minimal et maximal de changement est relativement minime pour certains facteurs comme l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins et les paiements à l'acte par habitant. Pour certaines années en particulier, la différence est plus considérable. Par exemple, de 1979-1980 à 1980-1981, le changement en pourcentage pour l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins est de 6,7 % dans une province, alors qu'il est de 20,7 % dans une autre, et le taux de changement pour les paiements à l'acte par habitant va de 6,8 % à 16,8 %. Au cours de la même année, les changements de prix se sont échelonnés entre 8,7 % environ et 15,4 %[27].

Les effets, en 1980-1981, des changements qui se sont produits durant la période précédente de cinq années sur les frais de programme par habitant, pour services rémunérés à l'acte de même que les effets de la situation qui existait au début de la période sont reflétés dans ce qui suit:[28]

- frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
  1974-1975 = 40 $ à 79 $
  (une différence de près de 100 %)

- frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
  1980-1981 = 72 $ à 163 $
  (une différence d'environ 125 %)

Ces écarts considérables reflètent, dans une certaine mesure, les différences relatives aux services assurés. C'est ainsi que les services de radiologie et de laboratoire ne sont pas assurés au même degré par toutes les provinces dans le cadre de leur programme d'assurance de soins médicaux et de leur programme d'assurance-hospitalisation. Les frais de presque tous les services de radiologie et de laboratoire ont été retranchés des chiffres ci-dessous:

- Frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
  1974-1975 = 40 $ à 66 $
  (une différence d'environ 65 %)

- Frais minimaux et maximaux par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte
  1980-1981 = 72 $ à 131 $
  (une différence de 82 %)

27 Pour les fins de la présente analyse, le facteur prix a été conçu pour mesurer l'impact des changements au niveau des honoraires des médecins sur les frais de programme pour des années en particulier. Par conséquent, on calcule le changement de prix pour une année donnée en tenant compte de la date des paiements (les honoraires révisés entrent généralement en vigueur à la date des services, tandis que les frais de programme pour services rémunérés à l'acte sont déclarés à la date de paiement). Par conséquent, les chiffres cités ici peuvent ne pas coïncider avec les révisions d'honoraires annoncées.

28 Les chiffres pour Terre-Neuve sont exclus, parce qu'une forte proportion de services médicaux y sont offerts par des médecins non rémunérés à l'acte. Résultat, les frais par habitant des paiements aux médecins rémunérés à l'acte y sont exceptionnellement peu élevés.

PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX: RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ: SERVICES ASSURÉS[a]; PRIMES; FRAIS AUTORISÉS[b]. (LE 1er JANVIER 1981)

THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE PROGRAMS: SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS: BENEFITS[a]; PREMIUMS; AUTHORIZED CHARGES[b]. (JANUARY 1, 1981)

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at rate of host province. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Newfoundland paid at highest Canadian rate. Services not available in Canada paid at rate applicable in jurisdiction where rendered. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (d): Children's Dental Health Program available to children up to and including 12 years of age and for certain disabilities, e.g. cleft palate, cerebral palsy. There is a $2.00 fee per item of service. Cystic Fibrosis program; Food Bank plan towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; Hearing Aid program; Senior Citizen's Drug Subsidy program for residents over 65 in receipt of the Guaranteed Income Supplement and the Social Assistance Drug Plan.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-Province benefits (e): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of $3.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission (including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of $45 also applies). Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the $45 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay will not be subject to the $3.00 ward charge.

Additional benefits: Air and Ground Emergency Ambulance programs pay towards the cost of services.

See notes on pages 42-43.

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Hors du Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif le plus élevé prévu au Canada. Services non offerts au Canada payés au tarif prévu par le secteur de compétence où il est dispensé. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services assurés supplémentaires (d): un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines et la paralysie cérébrale. Il y a des honoraires à l'acte de 2 $ par service. Programme de fibrose kystique, programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arriération mentale résultant de troubles du métabolisme, programme d'aide pour les handicapés auditifs, programme de subvention des médicaments pour les personnes âgées qui sont des résidents de plus de 65 ans et qui reçoivent le Supplément de revenu garanti, et programme de médicaments de l'Assistance sociale.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (e): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de 3 $ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission (y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 45 $). En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 45 $. Les patients qui sont âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer n'auront pas à débourser cette somme de 3 $.

Services assurés supplémentaires: programme d'ambulances aériennes et programme d'ambulances terrestres pour supporter le coût de ces services.

Voir notes aux pages 42-43.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additional benefits (d): Children's Dental Health Program; Diabetic Drug and a Limited Drug Prescription Program.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Laboratory procedures as specified, radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as inpatient services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for outpatient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Outside Canada: Inpatient services only to maximum of:

1) emergency - up to $100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services. 2) referral with prior approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada - standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the three major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidy program.

See notes on pages 42-43

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services de médecin payés au tarif autorisé par la province hôte, sauf que les orientations pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payées au tarif prévu par cette province.

Hors du Canada: services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les orientations pour services non offerts au Canada sont payées au tarif prévu par la Commission.

Services assurés supplémentaires (d): programme de soins dentaires destinés aux enfants, programme de médicaments pour les diabétiques, programme limité de médicaments sur ordonnance.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire tels qu'ils sont précisés, les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services qui sont approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour: 1) les cas d'urgence, et pour 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un maximum:

1) pour les cas d'urgence de 100 $ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital et 75 p. 100 des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada - le tarif de la salle dans un hôpital et tous les services essentiels nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les trois plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: Programme de financement des services d'ambulance.

Voir notes aux pages 42-43.

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at tariff of host province.

Outside Canada: Elective service covered at the Nova Scotia rate. Referrals and accidents or emergencies at provincial tariff plus 75% of difference.

Additional benefits (d): Optometric visual analysis; Dental plan for children born after January 1, 1967, or students registered with the School for the Blind; Pharmacare plan for residents 65 years and over; Cystic fibrosis program; Diabetes insipidus drug program; Cleft lip/cleft palate dental program; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation when hospitalization is required; assistance with the cost of therapeutic drugs for cancer patients with limited incomes; artificial limb program covers cost of provision, replacement and repair.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electro-encephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electro-cardiograms and interpretations as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient only for (a) emergencies and (b) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Outpatient services at agreed inter-provincial rates.

Outside Canada: Up to $100 per day plus 75% of the remainder except for infants less than 15 days old, then up to $11 per day. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Outpatient services covered at 100% of charges for medically necessary services for emergency

See notes on pages 42-43.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada: services non urgents payés au tarif prévu par la Nouvelle-Écosse. Orientations et accidents ou urgences payés au tarif provincial, plus 75 % de la différence.

Services assurés supplémentaires (d): l'examen du champ visuel effectué par un optométriste. Le Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1er janvier 1967, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus; le programme de la fibrose kystique; le programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; le programme de soins dentaires pour les personnes affligées d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine; les services dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque leur hospitalisation est requise; aide financière pour l'achat de médicaments servant au traitement des personnes atteintes de cancer et dont le revenu est limité; programme d'achat, de remplacement et de réparation de membres artificiels.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et qui sont requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radio-thérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodyalise, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident, et les services hospitaliers approuvés qui sont nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: les services dispensés aux malades hospitalisés seulement pour: a) les cas d'urgence et pour b) les cas qui sont dirigés vers une autre province pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission.

Hors du Canada: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 $ par jour, plus 75 % des frais restants sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont couverts jusqu'à concurrence de 11 $ par jour. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits le plus bas possible. Les frais des services externes

Voir notes aux pages 42-43.

cases and reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidy program.

See notes on pages 42-43.

médicalement nécessaires sont assurés à 100 % pour les cas urgents, et, pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: Programe de financement des services d'ambulance.

Voir notes aux pages 42-43.

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): (See Hospital Insurance for conditions of payment)

Within Canada: Services not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (d): Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years and over, for those with cystic fibrosis and for those who are social service benefit recipients. Other approved benefits for those in receipt of Social Assistance.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: All approved available services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Complete inpatient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. Outpatient: Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: Inpatient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. These rates are calculated on July 1 of each year. Outpatient coverage: Entitled outpatient services paid at 65% of the account except for services defined by the Medical Director as not available in N.B., then 75% of account.

Authorized charges: none

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): (voir l'Assurance-hospitalisation pour conditions de paiement)

Au Canada: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90 %; services offerts dans la province payés à 80 %.

Hors du Canada: services non offerts payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70 %; services offerts dans la province payés à 60 %.

Services assurés supplémentaires (d): programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, pour ceux atteints de fibrose kystique et pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale. Autres services approuvés pour les assistés sociaux.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: La protection complète au tarif de la salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe: La totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Ces tarifs sont calculés le 1er juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes: services de consultation externe admissibles payés à 65 %, sauf les services définis par le directeur médical comme n'étant pas offerts au N.-B., qui sont dans ce cas remboursés à 75 %.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir note aux pages 42-43.

Medical Care Insurance

Standard Benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Quebec rates upon presentation of a fee statement of services rendered.

Additional benefits (d): Optometry. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures; for persons aged 65 years and over; for persons aged 60 to 64 years of age inclusive who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Drugs for Ambulatory Patients with certain chronic diseases ($2 per medication for a period of 28 days). Dental services for children under the age of 16. Dental services, including dentures, for social aid recipients. Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation. Breast prostheses grant program following mastectomy. Visual Aid program for residents 35 years of age and under. Hearing Aids Program for all those 35 years of age and under and social aid recipients over 35. A program to supply appliances and services for laryngectomy out of two designated establishments.

Premium per month: none (i)

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward including all medically required services.

Outpatient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act, hearing and speech services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: Approved standard ward rate. Outpatient: Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

Outside Canada: Inpatient: Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services. In cases where insured hospital services received outside Canada are not reimbursed in full, 75% of the cost of insured services are covered. Excluded: spas, nursing homes or similar establishments. Outpatient: at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (a) the services were received during the 24 hours following an

See notes on pages 42-43.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés payés au tarif prévu par le Québec, ou moins, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

Services assurés supplémentaires (d): l'optométrie. Les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; pour les personnes âgées de 65 ans et plus; et pour les personnes de 60 à 64 ans inclusivement qui sont admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale. Médicaments aux malades sur pied souffrant de certaines maladies chroniques (2 $ par médicament par période de 28 jours). Les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans. Les services dentaires, y compris les prothèses dentaires, pour les assistés sociaux. Les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement. Le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie. Un programme d'aide pour les handicapés visuels de moins de 35 ans. Un programme d'aide pour les handicapés auditifs de moins de 35 ans et les bénéficiaires d'aide sociale de 35 ans et plus. Un programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

Prime mensuelle: aucune (i)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services en salle commune et tous les services médicalement nécessaires.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la Loi des décrets de la convention collective. Les services d'audiologie et d'orthophonie.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle. Services de consultation externe: les services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les cas d'urgence ou de maladie subite et les cas dirigés ailleurs avec l'approbation préalable, y compris le logement et la pension au tarif de la salle plus les frais des autres services assurés. Lorsque les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada ne sont pas remboursés intégralement, leur coût est couvert à 75 %. Sont exclus: les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues. Services de consultation externe: le tarif de l'hôpital où les

Voir notes aux pages 42-43.

accident; (b) the services became necessary due to a sudden illness or emergency.

Authorized Charges: The payments authorized are $10.05 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation.

Additional Benefits: Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

a) the transportation of sick persons according to specified criteria;

b) certain special medications at a reduced price ($2 per medication for a period of 28 days) for ambulatory patients who suffer from cancer, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness;

c) home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;

d) home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons.

e) free ambulance service for persons aged 65 years and over.

See notes on pages 42-43.

services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence.

Frais autorisés: les frais autorisés sont de 10,05 $ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation familiale et financière.

Services assurés supplémentaires: les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

a) le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;

b) certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 $ par médicament par période de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique;

c) les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;

d) des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme;

e) des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Voir notes aux pages 42-43.

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Additional benefits (d): Diagnostic optometric services, chiropractic, chiropodist, osteopathic, Home Care Program Services. Physiotherapy services (home and office) when provided in or by a registered facility. Annual maximum dollar limit on chiropractic, chiropodist and osteopathic services. (The provincial Ministry of Health administers a free Drug Benefit Plan for persons 65 years and over who are Canadian citizens or landed immigrants and who have lived in the province for the past 12 months, disabled persons and persons with limited incomes.)

Premiums per month (f):

Single - $20 (g). Family of 2 or more - $40 (g).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Broad range of essential services, including diagnostic services, physiotherapy, occupational, speech and radiotherapies, diet counselling when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophiliac patients for the emergency treatment or the prevention of haemorrhage.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must a) be referred by an Ontario physician and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount they will pay for the surgery. In Canada, home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. 75% of cost of ambulance services.

Outside Canada: 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States including room, board and some extras. 100% of standard ward care for emergencies (except mental illness) occurring outside Canada. Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the general manager is of the opinion that suitable facilities are not available in Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. 75% of cost of ambulance service.

See notes on pages 42-43.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

Services assurés supplémentaires (d): les services de diagnostic en optométrie, la chiropraxie, la chiropodie, l'ostéopathie et les services du programme de soins à domicile. Les services de physiothérapie (à domicile ou au cabinet du thérapeute) lorsqu'ils sont dispensés à l'intérieur ou par l'intermédiaire d'un établissement enregistré. Les frais annuels assurés relativement aux services de chiropraxie, de chiropodie et d'ostéopathie ne peuvent dépasser une certaine limite. (Le ministère provincial de la Santé administre un Régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont des citoyens canadiens ou des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les 12 derniers mois, pour les infirmes et les personnes à revenu modeste.)

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 20 $(g). Famille de 2 personnes ou plus - 40 $(g).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de diagnostic, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, les services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit: a) être envoyé par un médecin de l'Ontario et b) obtenir au préalable l'autorisation du Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qui sera payée pour la chirurgie. Au Canada, la dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Soixante-quinze pour cent des services d'ambulance.

Hors du Canada: 75 % du tarif de la salle pour les cas non urgents aux États-Unis, y compris logement, pension et tous les services supplémentaires. Cent pour cent du tarif de la salle dans le cas d'urgences (sauf la maladie mentale) survenant à l'étranger. Dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aiguë ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général, des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75 % du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Soixante-quinze pour cent des frais de services d'ambulance.

Voir notes aux pages 42-43.

Authorized charges: Chronic care charge of $11.42 per day after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also exemptions, partial or complete, if limited family income.

Additional benefits: Home renal dialysis and home hyperalimentation equipment supplies and medication. The plan also provides an extensive nursing home benefit. Medically necessary land and air ambulance services subject to a co-payment charge of $20 per trip.

See notes on pages 42-43.

Frais autorisés: pour les malades chroniques, des frais de 10,30 $ par jour après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou complètes suivant le revenu familial.

Services assurés supplémentaires: fournitures et médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. Le régime assure aussi largement les soins en maison de repos. Les services d'ambulance aérienne et terrestre nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un co-paiement de 20 $ par voyage.

Voir notes aux pages 42-43.

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits paid at Manitoba rates.

Additional benefits (d): Certain optometric and chiropractic services, prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by an M.D., contact lens following congenital cataract surgery and artifical eyes. Programs towards the cost of prescription drugs and breast prosthesis and surgical brassieres following mastectomy. The following programs for children under 18 years of age: cleft lip/cleft palate treatment and rehabilitation program; hearing aids and, orthopaedic shoes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: All services except drugs and dressings in certain cases.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Rate approved by provincial plan of host province. Outpatient benefits covered up to $14.00 per visit or 75% of the charge, whichever is greater, or by inter-provincial agreement.

Outside Canada: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: a) emergency, b) adequate care not available in Manitoba, c) during 3 months following permanent move, d) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases. Outpatient benefits covered up to $14.00, or 75% of the charge, whichever is greater.

Authorized charges: none.

Additional benefits:

Personal care homes: Standard ward and all approved available services. ($9.00 per day may be charged by hospitals in Manitoba to insured persons receiving hospital inpatient services that are not medically required but are provided after the need for placement in a personal care home has been established to the satisfaction of an assessment panel. A $9.00 per day residential charge is payable by insured persons receiving personal care in personal care homes).

See notes on pages 42-43.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba.

Services assurés supplémentaires (d): certains services d'optométrie et de chiropraxie. Les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale. Les yeux artificiels. Les programmes relatifs au coût des médicaments prescrits, des prothèses mammaires et des soutien-gorge spéciaux après mastectomie. Les programmes suivants, destinés aux enfants de moins de 18 ans: programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale; programme d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: tarif approuvé par le régime de la province hôte. Services de consultation externe payés de 14 $ la consultation, ou de 75 %, jusqu'à concurrence de la facture le plus élevé des deux montants étant retenu, ou selon l'entente interprovinciale convenue.

Hors du Canada: la plus élevée de ces sommes: 75 % des frais pour les prestations des services hospitaliers ou une allocation quotidienne dans les cas: a) d'urgence, b) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75 % des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente. Services de consultation externe payés jusqu'à concurrence de 14 $, ou de 75 %, de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires:

Foyers de soins personnalisés: salle et tous les services offerts autorisés. (Les hôpitaux du Manitoba pourront exiger une somme de 9 $ par jour des personnes assurées qui sont hospitalisées sans raison médicale après qu'un comité d'évaluation aura jugé que ces personnes doivent être placées dans un foyer. Les foyers exigeront une somme de 9 $ par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels.)

Voir notes aux pages 42-43.

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits, administered by the Commission, paid at Saskatchewan rates. Various rates for approved services not available in province; covered when prior approval received.

Additional benefits (d): Optometry, chiropractic, oral surgery by a dentist and referred services by dentist for care of cleft palate. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include a subsidized hearing aid plan; the provision of prosthetic and orthotic devices; provision of wheelchairs, walkers, commodes and other aids to daily living; a dental plan for children; a prescription drug plan; and private practice physical therapy facilities under contract with Minister of Health.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: to the extent that a hospital is able to provide it.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Outpatient: Total amount charged.

Outside Canada: Maximums apply as to rate and number of days of care. Outpatient: Total amount charged.

Authorized charges: none

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médicin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires, administrés par la Commission, payé au tarif prévu par la Saskatchewan. Services autorisés non offerts dans la province payés à des tarifs différents, lorsque autorisés au préalable.

Services supplémentaires (d): l'optométrie, la chiropraxie, les services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste et les services d'orthodontie pour le traitement d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes d'identité valides pour les Régimes d'assurance-santé sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ceux-ci comprennent le Régime de subventions pour prothèses acoustiques; la fourniture de prothèses et d'appareils orthopédiques; la fourniture de fauteuils roulants, de cadres de marche, de sièges percés et toute autre aide à la vie quotidienne; le Régime de soins dentaires pour enfants; le Régime de médicaments prescrits; et les installations privées de thérapie par l'exercice physique ayant passé un contrat avec le ministre de la Santé.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où un hôpital peut fournir le service, celui-ci est assuré.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif de la salle moins les frais modérateurs, le cas échéant. Services de consultation externe: la totalité des frais.

Hors du Canada: Services dispensés aux malades hospitalisés: Un taux maximal s'applique au tarif et au nombre de journées de soins. Services de consultation externe: la totalité des frais.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir notes aux pages 42-43.

ALBERTA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (d): Dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations, optometric services, chiropractic services, and podiatric services and appliances. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan providing Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. For a resident 65 years and over, the spouse, and their dependants, the Government provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care; and assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances.

Premium per month (f):

Single - $8.65 (h). Family of 2 or more - $17.30 (h).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: to the extent that the hospital is able to provide insured services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: All inpatient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Outpatient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates.

Outside Canada: Inpatient: In active treatment hospitals - $150 per day or the actual cost whichever is the lesser. Outpatient: For outpatient service at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same service in Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals):

Patients are required to pay a $5.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: inter-hospital transfers; re-admission within 30 days; hospitalization approved by a cancer clinic; polio patients; multiple handicapped children's units; a resident aged 65 or over, the spouse and dependants; and recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health.

See notes on pages 42-43.

ALBERTA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés au tarif prévu par l'Alberta, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements. L'optométrie, la chiropraxie, les soins et les appareils podiatriques. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membre de la Croix-Bleue de l'Alberta. Pour les résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le gouvernement assume une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires, et il supporte le coût des prothèses acoustiques, et de l'équipement, des fournitures et des appareils de nature médicale et chirurgicale.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 8,65 $(h). Famille de 2 personnes ou plus - 17,30 $(h).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. Services de consultation externe; tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes: 150 $ par jour ou le coût réel. Services de consultation externe: pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel des services rendus ou la somme que coûterait le même service en Alberta.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement):

Les malades doivent débourser 5 $ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les malades transférés d'un hôpital à l'autre; les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital; les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique de cancer; les malades atteints de poliomyélite; les enfants admis dans des unités pour handicaps multiples; les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge; et les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Voir notes aux pages 42-43.

Auxiliary Hospitals: $5.50 per day after 120 days. Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of $3.50 per day is payable.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Additional benefits: There is an extensive nursing home benefit.

See notes on pages 42-43.

Les hôpitaux auxiliaires: 5,50 $ par jour après 120 jours. Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de 3,50 $ par jour est payable.

Programme d'aide financière d'urgence: Pour les services hospitaliers et de soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière.

Services assurés supplémentaires: Il existe un important programme de prestations en foyer de soins.

Voir notes aux pages 42-43.

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (d): Optometry. Payment towards the cost of chiropractic, naturopathy, physiotherapy, podiatry, orthoptic treatment; also, the extended role services of a registered nurse where:

a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission, and

b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Orthodontic services for hare lip and/or cleft palate. The Dental Care Plan covers children 14 and under, seniors 65 and over, social aid recipients, and beneficiaries in receipt of premium assistance.

Children: - Preventive Care Package - no co-charge
- other insured service - 50% co-charge, $700 annual benefit ceiling;

Seniors: - 50% co-charge, $700 annual benefit ceiling;

Social aid and premium assistance recipients: no co-charge, $700 annual service ceiling.

Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. User charges - $100.00 deductible plus 20% co-payment. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria V8V 1X4.

Premium per month (f):

Single - $8.50. Two persons - $17.00. Family of three or more persons - $21.25.

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, outpatient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified outpatient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and

See notes on pages 42-43.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés au tarif prévu par la Colombie-Britannique, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): l'optométrie. Paiement relatif aux frais de la chiropraxie, la naturopathie, la physiothérapie, la podiatrie, les services et les traitements d'orthoptique, en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque

a) la Commission approuve une entente prise pour assurer la prestation et le remboursement de ces services, et

b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Les services orthodontiques pour le bec-de-lièvre ou la fissure palatine. Le Régime d'assurance dentaire protège les enfants de 14 ans et moins, les personnes de 65 ans et plus, les assistés sociaux et les personnes qui reçoivent une aide au niveau du paiement de la prime.

Enfants: - ensemble des soins préventifs - aucun co-paiement.
- autres services assurés - co-paiement à 50 %, prestation annuelle maximale de 700 $

Personnes âgées: - co-paiement à 50 %, prestation annuelle maximale de 700 $

Assistés sociaux et personnes recevant une aide au niveau du paiement de la prime: - aucun co-paiement, services assurés à un maximum de 700 $ par année.

Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. Frais modérateurs-franchise de 100 $ plus co-paiement à 20 %. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

Prime Mensuelle (f):

Personne seule - 8,50 $. Deux personnes - 17,00 $. Famille de trois personnes ou plus - 21,25 $.

Régime d'assurance-hospitalisation

Service assurés ordinaires (e):

Service dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les

Voir notes aux pages 42-43.

renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada:

a) Inpatient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved.

b) Referral, if approved by Deputy Minister.

c) Outpatient: Emergency services and minor surgery with a $2.00 charge payable by the patient; day care surgical services with a $6.00 charge payable by the patient and outpatient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography.

Outside Canada: d) For emergency illness or accidental injury, inpatient maximum $75 per day for adults and children, $33 per day for newborns. $170.00 or actual charge, whichever is lesser, for outpatient dialysis for chronic renal failure (Canadian funds).

Qualified persons who have obtained written prior approval to seek hospital treatment as inpatients outside of Canada are provided with benefits as follows:

- the usual and customary charge made by the hospital or institution providing the hospital service, less the authorized charges, if the benefits were not available in British Columbia; or

- a sum not greater than the per diem rate approved for an equivalent facility in British Columbia, less the authorized charges, if the benefits were available in British Columbia.

Authorized charges:

a) $6.50 per day in general hospitals, excluding newborn,

b) $10.50 per day for adults in extended care hospitals,

c) $2 for each emergency or minor surgical outpatient treatment,

d) $6 for day care surgical services.

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la Cancer Control Agency of British Columbia et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada:

a) Services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12e mois suivant le mois du départ de la province -une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire.

b) Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre.

c) Services de consultation externe: services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 2 $ sont payables par le patient; services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 6 $ sont payables par le patient et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scanographie.

Hors du Canada: d) pour les cas d'urgence ou les blessures accidentelles, un maximum de 75 $ par jour pour les adultes ou les enfants hospitalisés, et de 33 $ par jour pour les nouveau-nés. Pour le traitement de dialyse rénale aux personnes non hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale chronique, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel du traitement ou 170 $ (en devises canadiennes).

Pour les personnes admissibles qui ont obtenu l'autorisation écrite d'être hospitalisées à l'extérieur du Canada:

- les frais habituellement demandés par l'hôpital ou l'établissement fournissant les services hospitaliers, moins les frais autorisés, si les services n'étaient pas disponibles en Colombie-Britannique; ou

- un montant n'excédant pas le tarif à la journée autorisé pour un établissement équivalent en Colombie-Britannique, moins les frais autorisés, si les services étaient disponibles en Colombie-Britannnique.

Frais autorisés:

a) Sauf pour les nouveau-nés, 6,50 $ par jour dans les hôpitaux généraux.

b) 10,50 $ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés.

c) 2 $ pour tout service d'urgence ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe.

d) 6 $ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir notes aux pages 42-43.

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (d): Full travel coverage, plus living expenses allowance, paid while away from home for treatment of cancer, spina bifida, cystic fibrosis, tuberculosis, mental illness and cleft lip/cleft palate. Also covered are the cost of drugs required to treat specific chronic diseases. Assistance towards travel costs to receive medical treatment away from home community is provided. Pharmacare program for residents 65 years of age and older, and individuals of treaty indian and Inuit status.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward and all approved available services.

Outpatient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; and certain day care surgical procedures.

Out-of-province benefits(e):

Within Canada: Inpatient: Standard ward rate approved for hospital by its own provincial plan. Outpatient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: none

See notes on pages 42-43.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada: services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): la totalité des frais pour les déplacements, plus une indemnité de subsistance pour les individus qui doivent s'éloigner de chez eux aux fins de traitements contre le cancer, la fibrose kystique, la tuberculose, les troubles psychiatriques ou les fissures palatines ou labiales. Sont aussi assurés les coûts des médicaments requis pour traiter certaines maladies chroniques. Une subvention de voyage aux personnes qui doivent recevoir des traitements médicaux à l'extérieur de leur communauté. Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Indiens et les Inuit de plein droit.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles et certains soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de la salle approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada: jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: aucun

Voir notes aux pages 42-43.

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Yukon rate.

Additional benefits (d): Full travel costs to receive medical treatment away from home community. Cost of drugs required to treat specific chronic diseases. Full travel coverage plus living expenses allowance while away from home for treatment of cancer. Dental program for children up to Grade 8.

Premium per month (f):

Single - $6.50. Couple - $12.50. Family - $14.00.

Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years or more are premium-exempt.

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

Inpatient: Standard ward rate and all approved available services.

Outpatient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Inpatient: Rate approved for hospital by its own provincial plan. Outpatient: Same benefits as in Territory.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Nursing home insured services subject to a co-insurance charge of $24.00 per day.

See notes on pages 42-43.

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c): services assurés payés au tarif prévu par le Yukon, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d): total des frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical à l'extérieur de la localité de résidence. Coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises. Total des frais de déplacement et allocation de subsistance pour un séjour à l'extérieur de la maison aux fins de traitement contre le cancer. Programme dentaire pour les enfants, jusqu'en 8e année.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 6,50 $. Couple - 12,50 $. Famille - 14,00 $.

La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont exemptées des primes.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: Le tarif approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province en question.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés: aucun

Services assurés supplémentaires: services assurés des maisons de repos, sous réserve des frais d'une assurance conjointe de 24 $ par jour.

Voir notes aux pages 42-43.

NOTES:

a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs, and 2) additional benefits which are either: i) administered by the provincial health insurance plans or; ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age related basis; or on a disease related basis.

b) Authorized charges are mentioned under Hospital Insurance only as there are no authorized charges for Medical Care. However, extra-billing by individual practitioners above the benefit level paid by provincial medical care insurance plans is legally possible in all provinces except Quebec. The conditions under which extra-billing can occur, and the extent of such extra-billing varies from jurisdiction to jurisdiction.

c) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional benefits". All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring prior approval from the plan before elective, non-emergency, care is obtained out-of-province.

d) These additional benefits are provided generally on a limited basis. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have considerable latitude in allocating all federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution.

For specific details, information may be obtained from the provincial plan.

e) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits.

NOTES

a) Les services assurés mentionnés sont: 1) ceux des régimes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services assurés supplémentaires qui sont administrés soit (i) par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-maladie publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-maladie ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être: sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies vénériennes); au niveau régional au sein d'une province; en fonction de l'âge; ou en fonction d'une maladie.

b) Les frais autorisés sont mentionnés aux termes de l'assurance-hospitalisation seulement, parce qu'il n'y a pas de frais autorisés pour les soins médicaux. Toutefois, dans toutes les provinces, sauf au Québec, les omnipraticiens individuels sont légalement en mesure de dépasser les tarifs prévus par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Les conditions et l'importance de cette surfacturation varient d'un secteur de compétence à l'autre.

c) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions y afférentes. Des services additionnels dépassant les dispositions de la loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "services assurés supplémentaires." Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province.

d) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé, les provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent.

Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.

e) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos.

f) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.

g) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.

h) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.

i) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 1.5% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.

j) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.

f) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.

g) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgées de 65 ans ou plus et est résident dans la province depuis au moins les 12 derniers mois.

h) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgée de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.

i) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (1,5 % du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

j) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

Plan Addresses

Newfoundland

Medical Care

Newfoundland Medical Care
Commission,
Elizabeth Towers,
Elizabeth Avenue,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission of
Prince Edward Island,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
P.O. Box 488,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2R8

New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Quebec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Adresses des Régimes

Terre-Neuve

Soins médicaux

Newfoundland Medical Care
Commission
Elizabeth Towers
Avenue Elizabeth
Saint-Jean (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
Saint-Jean (Terre-Neuve)
A1C 5T7

Île-du-Prince-Édouard

Soins médicaux

Health Services Commission of
Prince Edward Island
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission of
Prince Edward Island
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Nouvelle-Écosse

Soins médicaux

Health Services and Insurance
Commission
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8

Nouveau-Brunswick

Soins médicaux

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan - (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
7 Overlea Boulevard,
Toronto, Ontario.
M4H 1A9

HAMILTON
25 Main St. W.,
Hamilton, Ontario.
L8P 4P9

KINGSTON
1055 Princess St.,
P.O. Box 9000,
Kingston, Ontario.
K7L 5A9

LONDON
227 Queens Ave.,
P.O. Box 5700
Terminal A,
London, Ontario.
N6A 1J8

MISSISSAUGA
201 City Centre Dr.,
P.O. Box 7020,
Station "A",
Mississauga, Ontario.
L5A 3M1

OSHAWA
44 Bond St. W.,
Oshawa, Ontario.
L1H 7R1

OTTAWA
75 Albert St.,
Ottawa, Ontario.
K1P 5Y9

SUDBURY
199 Larch St.,
8th Floor
Sudbury, Ontario.
P3E 5R1

THUNDER BAY
435 James St. S.,
P.O. Box 5000,
Thunder Bay, Ontario.
P7C 5G6

TORONTO
2195 Yonge St.,
P.O. Box 1700,
Terminal A,
Toronto, Ontario.
M5W 1G9

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Sarnia, Timmins and Windsor.

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario - (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
7, boulevard Overlea
Toronto (Ontario)
M4H 1A9

HAMILTON
25, rue Main ouest
Hamilton (Ontario)
L8P 4P9

KINGSTON
1055, rue Princess
C.P. 9000
Kingston (Ontario)
K7L 5A9

LONDON
227, av. Queens
C.P. 5700
Succursale A
London (Ontario)
N6A 1J8

MISSISSAUGA
201, promenade
City Centre
C.P. 7020
Succursale A
Mississauga (Ontario)
L5A 3M1

OSHAWA
44, rue Bond ouest
Oshawa (Ontario)
L1H 7R1

OTTAWA
75, rue Albert
Ottawa (Ontario)
K1P 5Y9

SUDBURY
199, rue Larch
8e étage
Sudbury (Ontario)
P3E 5R1

THUNDER BAY
435, rue James sud
C.P. 5000
Thunder Bay (Ontario)
P7C 5G6

TORONTO
2195, rue Yonge
C.P. 1700
Succursale A
Toronto (Ontario)
M5W 1G9

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Timmins, et à Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
118th Avenue and Groat Road,
P.O. Box 1360,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

Department of Hospitals
and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
Crosslands Building,
629B - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y9

Hospital Insurance

Department of Hospitals
and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st St.,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
V8W 3C8
(Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia,
1515 Blanshard Street,
Victoria, B.C.
Mailing Address:
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9)

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
1515 Blanshard Street,
Victoria, British Columbia.
V8V 3C8

Northwest Territories

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Yukon

Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Hospital Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Alberta

Soins médicaux

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
118e Avenue et chemin Groat
C.P. 1360
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

et

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
Immeuble Crosslands
629B, 7e Avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y9

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101e Rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8
(Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au:
Medical Services Plan of British Columbia
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
Adresse postale:
C.P. 1600
Victoria (Colombia-Britannique)
V8W 2X9)

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
1515 Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique)
V8V 3C8

Territoires du Nord-Ouest

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Territoire du Yukon

Soins médicaux

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Hospital Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6